



Bundesamt für Sozialversicherung

**A u s w i r k u n g e n d e s K V G a u f
d i e L e i s t u n g s e r b r i n g e r**

Zusammenfassung

SHa/RP/JE/RI

28.11.01 1108-Zus//b1175-Zus-d.doc

Zusammenfassung

Zielsetzung

Die vorliegende Wirkungsanalyse untersucht die Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) auf die Leistungserbringer. Die Untersuchung hat eine synthetisierende Funktion, indem bestehende Evaluationsergebnisse durch eigene Analysen und Befragungen gezielt ergänzt werden. Mit der Untersuchung sollen folgende Fragen geklärt werden:

- Wie hat sich der Handlungsspielraum der Leistungserbringer mit der Einführung des KVG verändert?
- Wie ist der Vollzug des KVG hinsichtlich der Leistungserbringer zu beurteilen?
- Welche Verhaltensänderungen haben die neuen Rahmenbedingungen bei den Leistungserbringern ausgelöst?
- Wie hat sich die Koordination und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern verändert?
- Wie haben sich die Beziehungen der Leistungserbringer zu den übrigen Akteuren verändert?
- Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind bei den Leistungserbringern aufgrund des KVG festzustellen?
- Inwiefern haben die Veränderungen bei den Leistungserbringern zur Kosteneindämmung beigetragen?

Methodik

Die Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer erfolgt analytisch in zwei Schritten:

1. Beurteilung mittels eines Vorher/Nachher-Vergleichs zwischen den Situationen unter dem früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) und dem KVG, inwiefern sich der Handlungsspielraum der Leistungserbringer, ihr Verhalten und die von ihnen verursachten Kosten verändert haben.
2. Beurteilung, welchen Einfluss das KVG auf die festgestellten Veränderungen der Leistungserbringer ausgeübt hat (kausale Analyse).

Folgende Arbeitsschritte wurden gewählt:

- Analyse der durch das KVG bewirkten Veränderungen des Handlungsspielraumes der Leistungserbringer,
- Auswertung bestehender Wirkungsanalysen,
- 27 persönliche und 10 telefonische qualitative Interviews mit Leistungserbringerverbänden und Leistungserbringern,
- Ergänzende Interviews mit vier kantonalen Behörden, dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), der Schweizerischen Sanitätsdirektionskonferenz (SDK) und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK).
- Auswertung von 63 Protokollen der im Rahmen der Analysen der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000) und auf die Versicherer (INFRAS 2001) geführten Interviews mit kantonalen Behörden, Leistungserbringerverbänden, Versichererverbänden und Versicherern.
- Analyse der Veränderungen bei den Leistungserbringern auf die Entwicklung der Gesundheitskosten.

Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer

Das KVG beeinflusste den Handlungsspielraum der Leistungserbringer in verschiedener Hinsicht. Einerseits haben die Handlungsmöglichkeiten mit der Zulassung neuer Leistungserbringer und neuer Leistungen, den neuen wettbewerblichen Instrumenten im Tarifbereich und den Möglichkeiten bei den alternativen Versicherungsmodellen (insbes. HMO und Hausarztmodelle) zugenommen. Andererseits wurde der Spielraum durch den zunehmenden finanziellen Druck der Kantone und der Versicherer sowie die regulatorischen Massnahmen enger. Im Folgenden werden der Vollzug und die bisherigen Auswirkungen der neuen Massnahmen hinsichtlich der Leistungserbringer zusammenfassend beurteilt.

Zulassung neuer Leistungserbringer und Leistungen

Die Zulassung neuer Leistungserbringer und neuer Leistungen hat das Leistungsangebot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) verbessert und zu einer Mengenausdehnung sowie zusätzlichen Kosten geführt.

Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung

Die Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung hat zusammen mit der Schliessung der Lücken im Leistungskatalog zu einem deutlichen Rückgang des Zusatzversicherungsvolumens (Privat- und Halbprivatversicherte) geführt, was sich insbesondere

auf die Privatspitäler ertragsmässig auswirkte. Die Privatkliniken versuchen, ihre Ertragsausfälle durch einen verstärkten Wettbewerb im Zusatzversicherungsmarkt und vermehrte Angebote im teilstationären Bereich zu kompensieren.

Zulassungsvorschriften (inkl. Spital- und Pflegeheimplanung)

Die neuen Zulassungsvorschriften im ambulanten Bereich (Weiterbildung) wirkten sich nicht bei allen Leistungserbringern im selben Masse aus. Während sie bei mehreren betroffenen Leistungserbringern praktisch keine Auswirkungen hatten, führten sie bei der Spitex zur Professionalisierung und Erhöhung des Organisationsgrades, bei den ApothekerInnen und den ErgotherapeutInnen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität und den ErnährungsberaterInnen und den KomplementärmedizinerInnen zu einer besseren Positionierung der Leistungen.

Im stationären Bereich konnte das KVG zusammen mit dem auf den Kantonen lastenden Druck die Spitalplanungsprozesse beschleunigen. Die kantonalen Spitalplanungen wurden jedoch von den Kantonen zeitlich und inhaltlich sehr unterschiedlich umgesetzt. Aufgrund des grossen politischen Widerstands in vielen Kantonen setzten nur eine Minderheit die Spitalplanung dazu ein, um mittels Spitalschliessungen den Abbau von Überkapazitäten einzuleiten. Die interkantonale Koordination und die Abstimmung mit anderen Leistungsbereichen sind mangelhaft. Die Auswirkungen der Spitalplanung sind kantonal sehr unterschiedlich und umfassen Spitalschliessungen, den Bettenabbau, vermehrte Fusionen und Zusammenarbeitsprojekte, jedoch auch Verlagerungseffekte (bspw. Verlagerung von Kosten zu den verbleibenden Spitälern). Zudem haben die Spitalplanungen mit ihrer Fokussierung auf die kantonalen Kapazitäten den Föderalismus tendenziell verstärkt und die interkantonale Koordination nicht spürbar verbessert. Die bisherigen Auswirkungen sind aufgrund der grösstenteils nicht sehr restriktiven Planungen und der mangelhaften interkantonalen Koordination als eher gering und ungenügend zu bezeichnen. Bei den Pflegeheimen hatte die Planung keine grossen Auswirkungen, weil mehrheitlich keine Überkapazitäten bestanden.

Bedarfsabklärung

Die bei mehreren ambulanten Leistungserbringern eingeführte Beschränkung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung hatte keinen Einfluss hinsichtlich einer Einschränkung der Leistungsmengen. Die Pflicht zur Bedarfsabklärung bei den Pflegeheimen und der Spitex hat zur Weiterentwicklung und Erprobung verschiedener Instrumente geführt. Während bei den Pflegeheimen Defizite in der Anwendung der

Bedarfsabklärung festzustellen sind, hat die Bedarfsabklärung bei der Spitex das Kosten- und Qualitätsbewusstsein gestärkt.

Tarifierung

Mit Ausnahme der gesamtschweizerischen Tarifstruktur bei den Ärztinnen und Ärzten konnten die Tarifverträge inzwischen grundsätzlich den neuen Anforderungen des KVG angepasst werden. Praktisch alle Tarifverhandlungen gestalteten sich jedoch aufgrund des gestiegenen Drucks der Versicherer als schwierig und zeitraubend. Insbesondere bei den Verhandlungen der stationären Spitaltarife führten der Tarifdruck, die duale Spitalfinanzierungsregel, die fehlenden Ausführungsbestimmungen und offenen Begriffsformulierungen zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima und in der Folge zu etlichen Tarifbeschwerden. Wesentliches Hemmnis in den Verhandlungen im Spitalbereich und der Langzeitpflege ist, dass der Bundesrat bis anhin keine verbindliche Bestimmung für eine einheitliche Kostenrechnung erlassen hat.

Durch den grossen Druck auf die Tarife konnten bei praktisch allen Leistungserbringern Tarifstabilisierungen oder nur geringe Zunahmen der Tarife erreicht werden:

- Bei den Spitälern und den Ärztinnen und Ärzten konnte eine weitgehende Tarifstabilisierung erzielt werden.
- Die Tarife bei den Pflegeheimen und der Spitex decken nicht die vollen Pflegekosten ab und sind weiterhin umstritten.
- Die übrigen ambulanten Leistungserbringer mussten grösstenteils Einbussen in Kauf nehmen (z.B. PhysiotherapeutInnen, Krankenschwestern und -pfleger, LogopädInnen). Die ApothekerInnen leisten mit dem neuen Abgeltungsmodell einen Kostenstabilisierungsbeitrag und können aufgrund eines neu eingeführten Steuerungsmechanismus die entgangenen Einkünfte nicht mehr über Mengenausweitungen kompensieren.

Finanzierung

Die duale Spitalfinanzierung hat zu Konflikten in den Tarifverhandlungen geführt und teilweise den Privatisierungstrend sowie die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich unterstützt, weil sich die Kantone aufgrund des finanziellen Drucks entlasten wollen.

Die neue Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung erhöhte den administrativen Aufwand, führte über interkantonale Freizügigkeitsabkommen zu einer leicht verbesserten Koordination der Spitäler, aber auch teilweise zum Aufbau

zusätzlicher eigener kantonaler Kapazitäten in den Kantonen, wodurch unliebsame Kostenfolgen vermieden werden sollten.

Alternative Versicherungsmodelle

Die Anzahl der Versicherten, die ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gewählt haben (HMO und Hausarztmodelle) hat nach Inkrafttreten des KVG sprunghaft zugenommen. Das Wachstum dieser Versicherungsformen hat sich in den letzten Jahren jedoch deutlich abgeschwächt. Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich bisher nicht bedeutend verbreitet. Wichtiges Hemmnis ist das mangelnde Interesse der Versicherten, die sich nicht gerne in ihrer Wahlfreiheit einschränken lassen. Die Ärztinnen und Ärzte haben zudem aufgrund des weiterhin bestehenden Kontrahierungszwangs nur ein geringes Interesse an diesen Modellen und ihren Handlungsspielraum mehrheitlich kaum wahrgenommen. Die Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle konnte eine gewisse Sensibilisierung der Ärzteschaft, einen höheren Organisationsgrad in Netzwerken und teilweise die Berücksichtigung der ökonomischen Folgen der Behandlungen der Ärzteschaft sowie der nachgelagerten Behandlungen auslösen. Am spürbarsten sind die Veränderungen bei den sich an HMO-Gruppenpraxen beteiligenden Ärztinnen und Ärzten, die über die Tarifierung (Versichertenpauschale) und teilweise eigene Investitionen finanzielle Risiken übernehmen. Während mit HMO-Modellen durch die aktive Steuerung der PatientInnen und eine kostenbewusste medizinische Behandlung Kosteneinsparungen von 10% bis 15% gegenüber konventionellen Behandlungsformen erzielt werden können, erzielen die Hausarztmodelle durch die weitgehend fehlenden ökonomischen Anreize und die fehlende Selektion der Mitglieder wesentlich geringere Erfolge.

Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle

Die Kostenkontrollen seitens der Versicherer wurden in den meisten Leistungserbringerbereichen verstärkt. Auf Wirtschaftlichkeitskontrollen wird jedoch aufgrund fehlender Datengrundlagen insbesondere auch bei den Spitälern verzichtet. Die verstärkten Kontrollen haben bei praktisch allen Leistungserbringern administrative Umtriebe, jedoch kaum Einschränkungen der Leistungsmengen zur Folge.

Qualitätssicherung

Die meisten Leistungserbringer befinden sich am Anfang eines längerfristigen Prozesses zur Institutionalisierung der Qualitätssicherung, der vom KVG ausgelöst oder beschleunigt worden ist. Sie sind zur Zeit mit konzeptionellen Arbeiten oder der ersten

Erprobung von Instrumenten beschäftigt. Der Stand der Arbeiten ist insgesamt noch als ungenügend zu beurteilen. Teilweise konnten die durch das KVG ausgelöst oder geförderten Arbeiten bereits zu einer Verstärkung des Qualitätsmanagements beitragen (z.B. bei den Spitälern, den Pflegeheimen, der Spitex, den Apothekern und den Krankenschwestern resp. -pflegern). Erfolge in Richtung einer spürbaren Verbesserung der Leistungsqualität oder Kosteneinsparungen können jedoch noch nicht erwartet werden.

Koordination und Wettbewerb

Das KVG bezweckt, über regulative und wettbewerbliche Elemente sowohl die Koordination als auch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu fördern, um eine verbesserte Ressourcenverwendung und damit Kosteneinsparungen zu erzielen. Die bisherigen Ergebnisse sind jedoch sehr ernüchternd. Das KVG hat weder die Koordination der Leistungserbringer noch den Wettbewerb spürbar gefördert:

- Die Koordination zwischen den Leistungserbringern ist generell unbefriedigend. Die Ärztinnen und Ärzte haben ihre zentrale Koordinationsrolle nicht verstärkt wahrgenommen. Die Koordination zwischen den Pflegeheimen und der Spitex ist ungenügend. Im Spitalbereich konnte die innerkantonale Koordination der Spitäler nur beschränkt und interkantonal kaum gefördert werden. Massgebend für die ungenügende Koordination sind vor allem die ungenügende Nutzung des Handlungsspielraums der Akteure in der Spitalplanung und bei den alternativen Versicherungsmodellen.
- Die mit dem KVG beabsichtigten wettbewerblichen Impulse (alternative Versicherungsmodelle, Sonderverträge) haben sich bisher nicht durchgesetzt. Der bei praktisch allen stationären und ambulanten Leistungserbringern kaum vorhandene Wettbewerb konnte mit dem KVG nicht gefördert werden. Im Spitalbereich sind die Handlungsmöglichkeiten der Spitäler durch die starke Reglementierung (Leistungsaufträge und Tarifbereich) sowie die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern kaum vorhanden. Bei den Pflegeheimen, der Spitex, den Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen ambulanten Leistungserbringern findet kein oder allenfalls kaum Wettbewerb statt.

Beziehungen zu den übrigen Akteuren

Die Beziehungen der Leistungserbringer zu den übrigen Akteuren haben sich mit dem KVG nicht stark verändert. Die markantesten Auswirkungen sind im Verhältnis zu

den Versicherern spürbar, die aufgrund des Kostendrucks einen wesentlich stärkeren Druck auf die Leistungserbringer ausüben.

Innerbetriebliche Veränderungen

Durch das KVG wurden folgende innerbetrieblichen Veränderungen bei den Leistungserbringern ausgelöst oder beschleunigt:

- Verstärkte Professionalisierung und Marktorientierung (v.a. bei den öffentlichen Spitälern, den Pflegeheimen und der Spitex),
- Veränderung der organisatorischen Strukturen: Fusionen bei Spitälern, grössere Organisationseinheiten bei der Spitex, vermehrte Gemeinschaftspraxen bei den Ärztinnen und Ärzten,
- Teilweise Veränderung des Leistungsangebots (v.a. bei den Spitälern und im Bereich der Langzeitpflege),
- Förderung der Entwicklung, Erprobung und teilweise auch der Einführung neuer Instrumente (Qualitätssicherung, Bedarfsanalyse, Kostenrechnung),
- Spürbarer administrativer Aufwand durch die Tarifverhandlungen und die Anforderungen an die einzuführenden Instrumente.

Einfluss auf die Gesundheitskosten und das Leistungsangebot

Mit dem KVG konnte bisher kein spürbarer Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden. Die Gesundheitskosten sind vor allem aus strukturellen Gründen (medizinischer und technischer Fortschritt, zunehmende Ansprüche, Zunahme der Anzahl Leistungserbringer, Alterung der Bevölkerung) weiterhin angestiegen. Die Analyse der Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen zeigt, dass das KVG bei den neu zugelassenen Leistungserbringern eine systembedingte Steigerung der OKPV-Kosten zur Folge hatte, bei den Pflegeheimen und der Spitex spürbare Kostenverlagerungen von den Privaten und der öffentlichen Hand hin zu den Versicherern bewirkte und die geringen Erfolge bei den Spitälern im Wesentlichen durch Ausweichreaktionen kompensiert wurden. Bei den Ärztinnen und Ärzten wurden allfällige Einnahmefälle durch Mengenausweitungen kompensiert. Die durch die Managed Care-Modelle erzielten Einsparungen sind aufgrund der geringern Verbreitung dieser Modelle kaum spürbar.

Die vom KVG eingeführten Instrumente zur Kosteneindämmung bei den Leistungserbringern haben bisher aufgrund des mangelhaft genutzten Handlungsspielraums,

verschiedenen Vollzugsdefiziten und bedeutenden Hemmnissen kaum eine spürbare Wirkung gezeigt:

- Die Spitalplanung wurde von den Kantonen aufgrund politischer Widerstände zu wenig restriktiv umgesetzt.
- Die Erfolge im Tarifbereich wurden weitgehend über Ausweichreaktionen kompensiert. Die Möglichkeit, Sonderverträge abzuschliessen, wurde kaum genutzt.
- Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich aufgrund der fehlenden Nachfrage seitens der Versicherten und der durch den Kontrahierungszwang bedingten mangelnden Risikobereitschaft der Ärztinnen und Ärzte sowie generell der mangelnden Innovationskraft der Akteure nicht bedeutend verbreitet.
- Das KVG beinhaltet ungenügende Anreize (resp. übt zu wenig Druck) auf die Versicherer aus, sich zu koordinieren. Die mangelhaften Erfolge in diesem Bereich haben kaum zu Kosteneinsparungen beigetragen. Einen kosteneindämmenden Wettbewerb hat das KVG nicht gefördert.

Die Erweiterung des Leistungsangebots durch das KVG hat zu einer verbesserten medizinischen Versorgung der Versicherten bei den neu eingeführten Leistungen geführt.

Gesamtbeurteilung und Empfehlungen

Mit dem KVG konnten bei den Leistungserbringern verschiedene Prozesse ausgelöst oder in Gang gesetzt werden. Das Hauptziel, die Gesundheitskosten einzudämmen, konnte jedoch bisher noch nicht erreicht werden. Die Wirkungsdefizite des KVG sind hauptsächlich auf folgende Gründe zurückführbar:

- Die Umsetzung des KVG, das die Akteure des Gesundheitswesens in vielfältiger Hinsicht beeinflusst und fordert, benötigt Zeit.
- Die Akteure haben den sich ihnen neu bietenden Handlungsspielraum im Bereich der alternativen Modelle und der Spitalplanung bisher nur mangelhaft genutzt. Zudem haben sich aufgrund der vielen offenen Begriffe des KVG sowie fehlender Ausführungsvorschriften Vollzugsprobleme und entsprechende Verzögerungen ergeben.
- Die massgeblichen Instrumente zur Kosteneindämmung haben bis heute nur eine beschränkte und damit ungenügende Wirkung entfaltet. So wurde die Spitalplanung von den Kantonen zu wenig restriktiv umgesetzt. Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich kaum verbreitet. Zudem wurden die teilweise erzielten Erfolge im Tarifbereich und bei der Spitalplanung durch Ausweichreaktionen weitgehend kompensiert.

- Das KVG setzt zu wenig Anreize, damit sich die Leistungserbringer verstärkt koordinieren.
- Kosteneinsparungen über den Leistungswettbewerb sind aufgrund der Bestimmung des Angebots durch die Leistungserbringer („Angebotsfixierung“) nur sehr schwer zu erzielen. Das KVG hat den Wettbewerb insgesamt kaum gefördert.
- Die Leistungserbringer und die übrigen Akteure des Gesundheitswesens optimieren in erster Linie ihren eigenen Nutzen und handeln dementsprechend. Dies hat zu etlichen unerwünschten Wirkungen geführt (z.B. zusätzlicher Kapazitätsaufbau, ungenügende Koordination, Mengenausdehnung bei Einnahmenverlusten).

Das Leistungsangebot konnte mit der Aufnahme zusätzlicher Leistungen verbessert werden, was die medizinische Versorgungsqualität der Versicherten erhöht.

Aus unserer Sicht wären folgende drei Massnahmenpakete zur Brechung des Kostenwachstums notwendig:

- Strengere Selektion und verstärkte Reduktion der Anzahl Leistungserbringer durch restriktivere Spitalplanungen und einen stärkeren Wettbewerb, v.a. unter den Ärztinnen und Ärzten (Aufhebung des Kontrahierungszwangs und Managed Care-Modelle).
- Wesentlich verstärkte Koordination unter den Leistungserbringern durch verbesserte und erweiterte Spitalplanungen (Planung auf regionaler Ebene, bessere Abstimmung mit anderen Leistungserbringern), neue Tarifierungsmodelle (bspw. patientInnenpfadabhängige Fallpreispauschalen) sowie die Förderung und Erweiterung von Managed Care-Modellen.
- Zusätzlich sollten die bestehenden Wettbewerbshemmnisse im Spitalbereich (heute gültige duale Spitalfinanzierung, etc.) beseitigt, das Kostenbewusstsein sowie die Information der Versicherten über die Leistungsangebote und Versicherungsmodelle verbessert und einheitliche Qualitätsanforderungen definiert werden, damit unter den verbleibenden Leistungserbringern ein möglichst grosser Wettbewerb unter Einhaltung von Qualitätsstandards resultieren kann.